

**ISTANZA DI ADESIONE ALLA “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE”
SERVIZIO “TIROCINI DI INCLUSIONE ATTIVA” E “TIROCINI DI INCLUSIONE
SOCIALE E AUTONOMIA DELLE PERSONE DISABILI”**

Spett.le
Ambito Territoriale C6
Comune Capofila Casaluce
- Ufficio di Piano -
Via S. Allende, 2

Oggetto: adesione alla '*Manifestazione di Interesse*' per l'attivazione di Tirocini di Inclusione-Borse Lavoro.

Il sottoscritto _____ nato a _____ (Provincia _____),
il _____ residente in _____ alla Via _____,
in qualità di titolare dell'impresa _____, con sede legale in _____
alla Via _____, tel. _____ E-mail _____
esercitante l'attività di _____

CHIEDE

di aderire alla *Manifestazione di Interesse* per l'attivazione di Tirocini di inclusione - Borse Lavoro.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1. che l'impresa non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
2. che nei propri confronti, e dei familiari conviventi, non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575;
3. di aver preso visione dell'avviso pubblicato sul sito del Comune di Capofila Casaluce (CE);
4. di essere a conoscenza che i tirocinanti saranno assegnati previa verifica della compatibilità dell'attività lavorativa esercitata dalla richiedente con le attitudini e preferenze del tirocinante

Allega alla presente:

- 1) Allegato 1
- 2) Documento d'identità del rappresentate legale
- 3) Descrizione delle attività dell'Ente (breve curriculum)

Lì, _____

FIRMA

ALLEGATO 1
Spett.le
Ambito Territoriale C6
Comune di Casaluce
- Ufficio di Piano -
Via S. Allende, 4

Il Sottoscritto _____, in qualità di rappresentante legale, dichiara che i dati di seguito riferiti sono resi ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n 445/2000

CARICA SOCIALE

Tipo carica (*) _____ Cod. fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Luogo di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo _____

C.A.P. _____ Tel. _____ E.mail _____

Pec. _____

IMPRESA RICHIEDENTE

Partita IVA _____ Ragione Sociale _____

Luogo (*Immettere il Comune dove ha sede l'Impresa*) _____

Prov. _____ Sede Legale _____ C.A.P.: _____

Tipo impresa _____ Attività svolta dall'impresa _____

Attività a cui destinare i borsisti _____

N. di borsisti disponibile ad accogliere _____

EVENTUALI SPECIFICHE E

PREFERENZE: _____

N.B.:

1. Il modulo dovrà essere compilato obbligatoriamente in ogni sua parte, pena l'esclusione, in stampatello e con penna nera o blu
2. (*) specificare presidente, amministratore delegato, titolare o altro
3. allegare fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento di chi firma in corso di validità, pena l'esclusione

Li,

Il Dichiarante

(firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)
